Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 3 lutego 1883. № 5. Rok XXII.

I. Z kliniki chirurgicznéj prof. Dra Mikulicza w Krakowie.

Przyczynki do Chirurgii.

IV.

Przyczynek do sposobu operowania polipów nosopołykowych.

Napisał prof. Mikulicz.

Może nie ma drugiego nowotworu, względem którego rozporządzalibyśmy tyloma sposobami operacyjnemi, jak w przypadkach guzów włókniakowych zwolna się rozwijających, które w sposób typowy od podstawy czaszki wyrastając stają się niebezpiecznemi przez utrudnienie oddechania i połykania, a wszystkim chirurgom są znane pod nazwą polipów nosopołykowych. Zanim jeszcze studyja Nélatona i Benscha podały nam ciekawe wyjaśnienia co do etyjologii i klinicznego przebiegu tych tworów, już chirurgowie zajmowali się ich leczeniem za pomocą operacyi. Odkąd Manne w Avignonie (1717) przez jamę ustną, a Syme od twarzy przez resekcyję szczęki górnéj (1832) starali się dostać do nowotworu, chirurgowie wszystkich narodowości dążyli do tego, aby w tych dwóch kierunkach znaleść najprostszą i najpewniejszą drogę ku wydaleniu nowotworów nosopołykowych.

Rozwój téj operacyi doznał tymczasowéj przerwy, gdy z jednéj strony Maisonneuve podał swoją *boutonnière palatine* i resekcyję podniebienia twardego a Nélaton cięcie przez podniebienie w kształcie litery T, a z drugiéj strony Langenbeck przez resekcyję osteoplastyczną wyrugował wszystkie znaczniejsze zabiegi od strony twarzy; nadto stósowano w obec guzów mniejszych i łatwiéj dostępnych pętlę galwanokaustyczną i odgniatacz.

W ostatnich dopiero latach na nowo wszczęła się dyskusyja nad tym przedmiotem, gdy Gussenbauer (*Ueber die buccale Exstirpation der basilaren Rachengeschwülste. Arch. f. klin. Chir.* XXIV, 265) wskazał nową metodę przez jamę ustną a Péan (*Leçons de clinique chirurgicale, VI leçon, Paris* 1879) nową drogę od twarzy. Z tego głównie powodu podniesiono ponownie kwestyję, czy należy raczéj operować przez jamę ustną czy téż przez twarz, która metoda jest najlepsza. Gdy więc sprawa ta dziś po raz wtóry przychodzi na porządek dzienny, uważam za stósowne ogłosić odnośny przypadek z mojéj kliniki.

Nim zestawię samą historyję choroby, niech mi wolno będzie podać kilka uwag nad szczegółami najważniejszemi, które uwzględnić nam wypada wydając sąd o poszczególnych sposobach operowania. W zasadzie temu sposobowi przyznamy pierwszeństwo, który odsłania najbardziéj siedzibę choroby, a więc przedewszystkiém sklepienie połyku. Od tych warunków zależy uczynienie zadosyć dwom ważnym wymogom, a mianowicie: 1) że możemy bardzo szybko i prędko zatamować krwotok czasem dość znaczny powstający z miejsca przyczepienia polipa, i 2) że możemy doszczętnie wyłuszczyć guz bardzo łatwo się odnawiający. Następuje to tylko wtedy, jeżeli nie tylko za pomocą narzędzi możemy się dostać do punktu wyjścia nowotworu, lecz jeżeli operacyję kontrolować możemy wzrokiem.

Zresztą *ceteris paribus* wybierzemy tę operacyję, która jest zabiegiem jak najmniejszym i pociąga za sobą najmniejsze zboczenia tak pod względem kosmetycznym jako téż czynnościowym.

W obec małych i łatwo dostępnych obrzęków staramy się oczywiście pomijać wszelkie czynności przygotowawcze i posługujemy się tylko pętlą galwanokaustyczną albo odgniataczem. Tym sposobem wprawdzie rzadko tylko z zupełną pewnością możemy oddalić wszystko, ale operacyja sama przez się jest tak mało znaczącą, że jéj wykonanie w każdym lekkim przypadku jako pierwszéj próby niejako jest usprawiedliwionem. Skoro jednak zamierzamy wykonać znaczniejszą operacyję wstępną, żądamy od niéj przedewszystkiém, żeby nam umożebniła wyłuszczenie zupełne. Pod tym

ważnym względem należy już z góry dać pierwszeństwo stósownéj operacyi przez jamę ustną. Co do mnie, to zgadzam się zupełnie z Gussenbauerem, że przez jamę ustną zyskujemy daleko wolniejszy przystęp do podstawy czaszki niż przez jakikolwiek inny sposób operacyi od twarzy, wyjąwszy zupełną resekcyję jednéj połowy szczęki, do czego dziś tylko w bardzo wyjątkowych przypadkach przystępujemy. Od jamy ustnéj widzimy podstawę czaszki więcéj *en face*, możemy działać narzędziami pewnie i energicznie, gdy podczas operacyj od twarzy widzimy miejsce przyczepienia polipa z profilu. Co do zboczeń pozostających po operacyi, to wszystkie operacyje na twarzy pozostawiają blizny mniéj lub więcéj w oczy wpadające; oszpecenie po resekcyi osteoplastycznéj Langenbecka jest czasem nawet dość znaczne.

Z dawniejszych sposobów operowania tylko za pomocą metody Maisonneuva, polegającéj na częściowém wycięciu podniebienia twardego, można było uzyskać dość miejsca. Pozostaje jednak po niéj trwała komunikacyja między jamą ustną a nosową. Téj wady unika Gussenbauer przez resekcyję podokostnową podniebienia twardego. Metoda Gussenbauera posiada więc tę zaletę, że pozwala najczęściéj zupełnie odsłonić pole operacyjne i nie pozostawia ani zniekształcenia ani upośledzenia czynnościowego. Według téj metody przecina się błonę śluzową i okostną po nad podniebieniem twardém w linii środkowéj, odsuwa się ją następnie po obydwu stronach za pomocą raspatorium na bok i oddala wreszcie część środkową podniebienia twardego młotem i dłutkiem. Przez otwór w ten sposob powstały można się wygodnie dostać do podstawy czaszki. Brzegi pokrycia śluzowo-kostnego podniebienia twardego zespaja się albo zaraz po wyłuszczeniu polipów albo też późniéj jak śród uranoplastyki Langenbecka. Gussenbauer operował w ten sposób trzy razy z pomyślnym skutkiem i przekonał się, że można go także z korzyścią stósować w przypadkach nowotworów złośliwych sklepienia połyku [1]). W swoim przypadku trzymałem się także zasady metody Gussenbauerowskiéj; o tyle tylko od niéj odstąpiłem, o ile z powodu wielkości nowotworu zmuszony byłem przeciąć nie tylko podniebienie twarde ale i miękkie.

Hersch Heim, chłopiec 14 letni, z Galicyi wschodniéj, z zupełnie zdrowéj rodziny pochodzący, przed trzema laty po raz pierwszy zaczął doznawać zatykania w nosie, głos stał się nosowym, oddech tylko przy otwartych ustach możebnym. Gdy dolegliwości się wzmagały, udał się przed 2 laty do Wiednia, gdzie przyjęty do kliniki prof. Billrotha, operowany został za pomocą resekcyi osteoplastycznéj według Langenbecka. Cały rok po operacyi był zupełnie zdrowy, potém jednak dawne dolegliwości zaczęły się wracać. Nadto przyłączyły się w ostatnich 2 miesiącach częste krwotoki z nosa, bardzo osłabiające chorego, i trudności w połykaniu; zresztą i oddychanie przez usta stawało się coraz trudniejszém.

U chorego przyjętego w dniu 3 listopada 1882 r. do kliniki chirurgicznéj tutejszéj znaleziono stan następujący: Chłopiec dobrze zbudowany, narządy wewnętrzne nie okazują zboczeń. Skóra blada, błony śluzowe niedokrewne. Na twarzy blizny po pierwszéj operacyi. Głos ma dźwięk bardzo mocno nosowy; oddech chrapiący, wyraz twarzy jak zazwyczaj u cierpiących duszność. W nocy budzi się chory kilkakrotnie z powodu znacznego bezdechu. Po otwarciu ust widać podniebienie miękkie zepchnięte ku dołowi i przzodowi; za niém widać jasnoczerwony guz, wypełniający górną część połyku aż blisko do dna języka. Palcem wprowadzonym do jamy ust obejść się daje tylko dolna część wspomnionego obrzęku, wyżéj zaś cała jama połykowa wypełniona jest przez nowotwór tak, że do podstawy jego palcem dostać się nie można. Śród ostrożnego nawet badania obfite krwawienie. Ciepłota 39·8°C., tętno 90.

5 listopada 1882 operacyja. Uśpienie. Położenie chorego według Rosego do operowania z wiszącą głową. Wziernik do jamy ustnéj. Naprzód przeciąłem w linii środkowéj całe podniebienie miękkie i większą część twardego, tj. pokrycie jego śluzowo-okostnowe; potém za pomocą raspatoryjum odsunąłem okostnę po obydwu stronach od kości. Pokazało się wtedy, że część podniebienia miękkiego i twardego była już w skutek ucisku przez polip zmiękczona i przetarta. Z tego powodu średnia część podniebienia twardego dała się łatwo wyciąć jedynie za pomocą mocnego noża i nożyczek. Po utorowaniu całkiem wolnéj drogi do nowotworu, wyciąłem przedewszystkiém dolną jego część, która przeszkadzałą oddechaniu, poczém całkiem spokojnie dalszą operacyję mogłem wykonać. Za pomocą nożyczek krzywych odsunąłem dalszą nadzwyczaj twardą część guza w osobnych kawałkach aż blisko do podstawy polipa połączonéj ściśle z kostném sklepieniem jamy nosowo-połykowéj. Resztę tę odsunąłem za pomocą raspatoryjum razem z błoną śluzową i okostną od podstawy czaszki i otaczających części kostnych. Nastąpiło tamponowanie całéj jamy nosowo-połykowéj paskami gazy jodoformowéj, końce tychże wyprowadzono przez ranę podniebienia i usta.

Cała masa przez operacyję wydobyta odpowiadająca guzowi wielkości gęsiego jaja, przedstawiła jak zazwyczaj w podobnych przypadkach włókniak chrząstkowatéj zbitości. Krwotok podczas operacyi był dość znaczny.

Wieczorem dnia pierwszego utrzymał się jeszcze stan gorączkowy jak przed operacyją (ciepłota 39,0°C., tętno 112). Od dnia drugiego zaś ustąpiła zupełnie gorączka; połykanie łatwe, mimo tamponów leżących w jamie nosowo-połykowéj. Oddech już po operacyi zaraz stał się zupełnie swobodnym. I przebieg miejscowy był zupełnie bezgnilny. 14 listopada, tj. 9 dni po operacyi, wyjęto tampony, wcale niecuchnące. 29 listopada przystąpiłem do zespojenia rozdzielonego podniebienia, stafylorafii i uranoplastyki typowéj. Zagojenie się rany bezpośrednie nastąpiło tylko w przedniéj i tylnéj części, w środku zaś podniebienia miękkiego rozeszły się brzegi a średnica otworu wynosiła w 4 tygodnie po téj operacyi $1/2$ do 1 cm.—29 listopada zespojono ponownie podniebienie miękkie, poczém zagoiła się rana aż do otworu wielkości soczewicy. Ponieważ chory w klinice bardzo się niecierpliwił, wysłano go do domu dnia 9 stycznia rb. z brodawkającą jeszcze raną, w nadziei, że takowa *per secundam* się zagoi. W przeciwnym razie chory ma sobie poleconém, po pewnym czasie powrócić do kliniki.

W tym przypadku ze sposobu operowania przez jamę ustną oprócz korzyści wyż wymienionych odniosłem jeszcze inną. Mogłem bowiem zaraz po przecięciu podniebienia wyciąć część guza wystającą ku dolnéj połowie połyku i tym sposobem zaraz z początku usunąć przeszkodę w oddechaniu. Tym sposobem zwłaszcza operując przy zwieszonéj głowie mogłem obejść się bez zapobiegawczéj tra-

---

[1]) *Weitere Erfahrungen über die buccale Exstirpation basilarer Rachengeschwülste. Mitgetheilt von Dr. Heinrich Schmidt, Prager med. Wochenschrift 1881 Nr. 26.*

cheotomii, bez której w tym przypadku żadna z metod operacyjnych przez twarz nie dałaby się wykonać. Że zresztą wycięcie polipa tak niezwykłéj wielkości i tą drogą będzie trudniejszém pod względem technicznym, tego można się było z góry spodziewać. O zupełném wycięciu nowotworu przekonano się zaraz po operacyi przez badanie palcem.

Wygodnym bardzo był sposób zatamowania krwotoku za pomocą tamponów z gazy jodoformowéj. W tym przypadku jednak ten sposób miał i swoją stronę ujemną. Tampony zwisające z rany podniebienia i przymocowane do lica za pomocą przylepca, nie pozwalały mi zespoić od razu brzegów rany, chyba żebym je chciał usunąć już po upływie pierwszych 24 godzin. Ale zdaniem mojém nie jest to rzeczą obojętną, zostawić gazę jodoformową przez dłuższy czas i w ten sposób zapewnić sobie bezgnilne gojenie się rany na podstawie czaszki po odsłonięciu okostnéj. W innym podobnym przypadku jak niemniéj we wszystkich tych przypadkach, w których metoda Gussenbauera sama przez się wystarcza, używałbym do zatamponowania bardzo wązkich a długich pasków gazy jodoformowéj, i wyciągnąłbym ich końce przez otwory nosowe, aby je tam przymocować. W takim razie możnaby ranę w podniebieniu odrazu zespoić, przez co i widoki zagojenia się téj rany stają się daleko lepsze. W naszym przypadku częściowe rozmięknienie i rozpoczynające się przetarcie podniebienia byłyby w każdym razie utrudniły zagojenie się rany w podniebieniu. Nie potrzeba się téż obawiać, żeby gaza jodoformowa przedwcześnie się od rany oddzieliła i do połyku wpadła, jeżeli ją tylko mocno wciśnięto palcami do jamy nosopołykowéj i tam przez kilka minut przytrzymano, aż ze krwią przesiąkającą utworzy zbitą masę, mocno się trzymającą.

Dodam jeszcze kilka uwag co do operowania przy zwieszonéj głowie według Rosego. Słusznie zarzucają téj metodzie, że krwotok jest znaczniejszy niż wtedy, gdy operujemy chorego siedzącego. Sądzę jednak, że niechęć, jaką wielu chirurgów ku téj metodzie operacyjnéj okazuje, pochodzi po części także z niezwykłego i nieprzyjemnego wrażenia, jakie ona zrazu wywołuje. Wszystka krew nagromadza się tu w jamie ustnéj i nosowéj i spływa jednym strumieniem ku dołowi, podczas gdy śród operacyi w pozycyi siedzącéj znaczna część krwi spływa do połyku i bywa połkniętą. Co do mnie wcale nie myślę zalecać operowania przy zwieszonéj głowie we wszystkich przypadkach, gdzie istnieje obawa dostania się krwi do krtani, a zwłaszcza nie czyniłbym tego nigdy w długo trwających operacyjach na ludziach starszych, niedokrewnych. Tu najlepiéj operować siedzącego: chorego usypia się głęboko tylko podczas pierwszych cięć a potém pozwala mu się zwolna przyjść do siebie. Tego postępowania używają zawsze w klinice Billrotha, a König także je zaleca. Gdzie jednak nie możemy się obejść bez głębszéj narkozy, zwłaszcza śród operacyj w jamie ustnéj u ludzi młodych, niesfornych, tam zdaniem mojém przeważają zalety sposobu Rosego nad jego wadami. Na chorym głęboko uśpionym operuje się daleko prędzéj, a skracając tym sposobem operacyję narażamy chorego mimo pozornie gwałtowniejszego krwotoku na przynajmniéj nie większą utratę krwi niż podczas zwyczajnego sposobu operowania. Rozporządzamy wprawdzie jeszcze i drugą drogą, tj. tracheotomiją zapobiegawczą i zatamponowaniem tchawicy według Trendelenburga, ale sposobu tego powinniśmy się chwytać, jak sądzę, dopiero w ostatecznym razie. Zgadzam się bowiem zupełnie z Königiem (*Lehrbuch der speciellen Chirurgie*), że tracheotomii w takim przypadku wcale nie należy uważać za operacyję obojętną, a daléj, że w skutek przypadkowego niedopisania przyrządu Trendelenburga może dla chorego znaczne urość niebezpieczeństwo.

II. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od r. 1879 do 1882.

Podał Dr. Emanuel Rosenblatt.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 4).

Zastanawiając się nad przypadkami temi, widzimy, iż w 10ciu przypadkach wystąpiły drgawki nagle, bez jakiegokolwiek przypadu neuropatycznego, w 3ch zaś przypadkach poprzedzone były przypadami, które jako zwiastuny poczytać możemy. I tak w przypadku 10tym poprzedzały wybuch drgawek już o dwa dni: zrywania ze snu, śpiączka, zez zbieżny chwilami występujący i rozszerzenie źrenic; ponieważ jednak chory ten cierpiał także i na czerwie, więc przypady te zależeć mogły od podrażnienia ze strony czerwiów; przemawia jednak przeciw temu tłumaczeniu ta okoliczność, iż dziecko przeszło miesiąc było w obserwacyi dla nieżytu jelit a przez cały czas ten nie było żadnych przypadów, któreby choć tylko obecność glist zdradzały, a przypady te wystąpiły dopiero wtedy, kiedy w skutek rozpoczynającego się zapalenia płuca ciepłota ciała się podniosła a glisty poczęły opuszczać organizm. W przypadku zaś 13tym mieliśmy do czynienia z porażeniem podniebienia, lekkiém porażeniem połowiczém twarzy i śpiączką. Ponieważ chora ta krótki tylko czas przebywała w zakładzie, przeto możliwém jest, iż porażenia te pozostały po drgawkach, które chora wpierw przebyła, nim ją do szpitala oddano, a przypuszczenie to tém jest prawdziwsze, o ile że przy sekcyi żadnéj podstawy dla takowych w ośrodkach nie znaleziono. Podobnież ma się rzecz i w przypadku 1ym, gdzie ułożenie palców skurczowe wskazywało przebyty napad drgawek.

Co się tyczy drgawek, to obejmowały one, jak widzimy, we wszystkich przypadkach przeważnie i mięśnie twarzy t. j. ust, powiek, nosa, gałek ocznych, a w mniejszym stopniu czoła i brody, oraz mięśnie odnóg górnych. Z wyjątkiem przypadku 1go, w którym mieliśmy do czynienia ze stałym skurczem palców i przypadku 11go cechującego się skurczem tonicznym zginaczy odnóg górnych i stałym zezem zbieżnym, drgawki były czysto kloniczne, czas trwania napadu rozmaity, przeważnie atoli krótki, od kilku minut do kwadransa. Tak samo rzecz się miała i z liczbą napadów: u jednych dzieci był tylko jeden atak, podczas gdy np. w przypadku 1ym było napadów 5. Powtarzały się one bez porządku systematycznego i bez widocznych powodów. Zaburzenia w sferze naczynioruchowéj ograniczały się do mienienia się barwy twarzy, w sferze czuciowéj do zniesienia czucia podczas napadu, większéj drażliwości po takowym, jednak bez następstw stałych. Co się tyczy zachowania przytomności to o tém trudno było orzec, gdyż przeważnie mieliśmy do czynienia z dziećmi w młodym wieku, u starszych, w przypadkach 5ym, 7ym i 9ym przytomność podczas napadów została zupełnie zniesioną i powróciła dopiero po półdniowéj prawie przerwie. Wykrzyknięcia poprzedzającego napad, sinienia twarzy, skurczów tonicznych mięśni kręgosłupa i klatki piersiowéj, toczenia piany itp. innych

przypadów, mogących budzić podejrzenie o istnieniu padaczki, w żadnym z powyżéj opisanych przypadków nie zauważyliśmy, tak samo jak nie było przypadów, któreby mogły naprowadzić na myśl istnienia jakiegoś zajęcia błon mózgowych lub mózgowia. Co się tyczy chwili wystąpienia napadu drgawkowego, to wystąpił on w 9ciu przypadkach na samym początku zapalenia płuc, poprzedzając nawet jak w przypadku 1ym o dwa dni objawy fizyczne takowego, w 1ym przypadku wystąpił śród przesunięcia się nacieku zapalnego na szczyt płuca (przypadek 12ty), w 1ym przypadku w okresie późniejszym, bo przed przesileniem (przypadek 9ty), a w 2ch przypadkach jako objaw przedśmiertny. Co się teraz tyczy samegoż zapalenia płuc, to było ono tylko raz, w przypadku 9ym, postaci włóknikowéj, w reszcie zaś, t. j. 12tu przypadkach, postaci nieżytowéj, a z tych wystąpiło zapalenie płuc raz jako następstwo kokluszu, przypadek 11ty, raz w zapaleniu miąższowém nerek, przypadek 7my, a 2 razy obok długotrwającéj gruźlicy, przypadek 5ty i 13ty, w reszcie przypadków było samoistném lub następstwem nieżytu oskrzeli. Siedzibą zapalenia 2 razy było płuco prawe, 3 razy lewe a 8 razy zapalenie było obustronne; ogniska zazwyczaj nie ograniczały się do jednego płatu, tylko były rozsiane, szczyty nie były więcéj zajęte niż części niższe. Co się tyczy ciepłoty, to zapalenie przebiegało z małemi bardzo wyjątkami ze znaczną gorączką zwłaszcza wstępną, zazwyczaj około 40°C.; stałego podwyższenia po drgawkach nie zauważono. Przebieg zapalenia nie różnił się zresztą w niczém od innych; co do zakończenia choroby, to 1 przypadek tylko (9) zakończył się pomyślnie, 12 zakończyło się śmiercią już to wprost skutkiem samego zapalenia, już to jak w przypadkach 1ym i 15 skutkiem chorób innych, które do zapalenia płuc przystąpiły. Tylko w 2ch przypadkach nie rozpoznano zapalenia płuca za życia a mianowicie w przypadkach 5 i 13, gdzie istniejące nacieki gruźlicze płuc rozpoznane i przez sekcyję następowo stwierdzone o tyle rzecz utrudniały, iż objawy fizyczne kładziono na karb posuwania się nacieku gruźliczego. Co się tyczy daléj samychże osobników, u których drgawki wśród zapalenia płuc wystąpiły, to tylko czworo dzieci było źle odżywionych, anemicznych, czworo przedstawiało zboczenia w odżywieniu krzywicze, jedno asymetryję czaszki, dwa zboczenia w odżywieniu gruźlicze a jedno zimnicze. Jedno tylko, przypadek 12ty, znajdowało się w okresie przerzynania się zębów.

Co się tyczy innych chorób przebiegających równocześnie a mogących zarówno stać się przyczyną drgawek, to tylko w przypadku 4tym mieliśmy do czynienia z zapaleniem jelit mieszkowém, w przypadku 7ym z zapaleniem miąższowém nerek, a w 5ym i 13ym z naciekami gruźliczemi płuc. Ponieważ zapalenie jelit mieszkowe przebiegało łagodnie, a drgawki wystąpiły dopiero równocześnie z podniesieniem się ciepłoty w skutek zapalenia płuc, więc najprawdopodobniéj nie były one odruchowe, lecz wywołane nagłém przekrwieniem czynném mózgowia i błon skutkiem wysokiéj ciepłoty. Większa już wątpliwość może panować w przypadku 7ym, czy drgawki odnieść do zapalenia płuca, czy też uważać je jako przypad mocznicy. Brak atoli ważniejszych przypadów mocznicy, jak np. ospałości, rozszerzenia źrenic i słabéj ich reakcyi, apatyi, duszności mocznicy właściwéj, bólu w okolicy dołka podsercowego, arytmii uderzeń serca, a wreszcie drgawki od początku obustronne i ciepłota wysoka w miejscu prawidłowéj a nawet często subnormalnéj, skłoniły nas do uważania drgawek za zależne od zapalenia płuca. Wreszcie w przypadkach 5 i 13 zachodzićby mogła wątpliwość, czy drgawki nie zostały czasem wywołane na drodze odruchu skutkiem podrażnienia włókien czuciowych nerwu błędnego w płucach przez ogniska gruźlicze, albo też czy nie polegały tylko na przekrwieniu zastoinowém w ośrodkach nerwowych w skutek zaburzeń w krążeniu w płucach, a zatém na niedokładném ukwaszeniu krwi i obfitości w kwas węglowy. Jedno i drugie przypuszczenie jednak nie zdaje się prawdziwém. Pierwsze dla tego, że w obec tego materyjału gruźlicy, jaki w szpitalu naszym posiadamy, musielibyśmy znacznie częściéj zauważyć drgawki w obec zmian gruźliczych, co jednak miejsca nie miało, a drugie dla tego, że przekrwienie zastoinowe w ośrodkach mózgowych w obec zaburzeń w krążeniu płucném powstaje głównie tylko wtedy, jeżeli zaburzenia te występują nagle i zajmują znaczniejszą przestrzeń powierzchni oddechowéj. Co się tyczy obecności całych pakietów glist w przypadku 13, to odnosi się do tego, co już podczas omówienia przypadku 10 było powiedzianém. Pozostaje jeszcze do uwzględnienia jedna okoliczność, a tą jest krzywica; wiadomo bowiem, iż u dzieci krzywiczych drgawki występują dość często a polegają one na anemii mózgu powstałéj według Langendorfa i Zaudera w skutek chwilowego spoczynku serca po zadrażnieniu końców obwodowych nerwu błędnego, z czém także i doświadczenia Mayera i Pribrama się zgadzają. Podrażnienie to końców obwodowych nerwu błędnego w żołądku powstaje zaś dość często u dzieci cierpiących na krzywicę, ponieważ zapadają często na dyspepsyję. Drgawki odruchowe przebiegają jednak, jak wiadomo, bez podwyższenia ciepłoty, podczas gdy w przypadkach naszych ciepłota zawsze przed wystąpieniem drgawek była wysoka. Co się tyczy rokowania, to jeżeli na podstawie tak małéj liczby przypadków możnaby wyrazić zdanie, byłoby takowe mniéj korzystném, niż to dotychczas większość lekarzy przypuszcza. Co się tyczy nakoniec badania anatomicznego na stole sekcyjnym to jedynie w przypadku 10ym znaleziono znaczne zmętnienie opony pajęczéj, podczas gdy w pozostałych 11tu przypadkach w narządzie mózgo-rdzeniowym żadnych zboczeń nie można było wykazać. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. E. Henoch (w Berlinie): **Uwagi nad dyfteryją.**

Już sześć dziesiątków lat upłynęło, odkąd po raz pierwszy Bretonneau zapoznał dokładniéj publiczność lekarską z dyfteryją. Mimo jednak tego czasu dotąd nie zapanowała między lekarzami zgoda, jakie właściwie zmiany patologiczne, jakie właściwie objawy chorobowe należy nazwać dyfteryją. Wielu lekarzy, a może ich największa część, rozciąga miano to na chorobę odznaczającą się wypociną białą, białawo-szarą, lub szarą, pokrywającą migdalki, a często i podniebienie miękkie, która przebiega pośród objawów zapalnych, połączonych z mniejszą lub większą gorączką. Z tak szerokiego pojęcia o dyfteryi zdaje się to pochodzić, że nie ledwie w każdym numerze, nawet poważnych pism lekarskich, spotyka się z zaleceniem jakiegoś niezawodnego środka przeciw téj zabójczéj chorobie, — środka, który autor i wynalazca stosował w pewnéj liczbie swoich przypadków z nader pomyślnym rezultatem, — czego jednak niestety krytyka, oparta na doświadczeniu praktyczném, w większéj liczbie przypadków potwierdzić następnie nie zdołała.

Zdaniem H e n o c h a pojmują lekarze kilka chorób odrębnych, do siebie pozornie podobnych, jako dyfteryję. Pominąwszy już zapalenie gardła mieszkowe, które już ostatecznie wielu odróżnia od dyfteryi właściwéj, to za to inną formę zapalenia gardła, którą już B r e t o n n e a u wyróżnił jako *Angina coneuneuse*, większa część lekarzy mięsza z pojęciem właściwém dyfteryi. To zapalenie gardła krupowe zgadza się, jak wiadomo, pozornie ze wszystkiemi objawami *Anginae diphtheriticae*, na migdałkach znajduje się wypocina biała do białawo-szaréj, pacyjent gorączkuje mniéj lub więcéj, uskarża się na trudność i ból w przełykaniu, często napotyka się nawet obrzmienie gruczołów limfatycznych pod kątem szczęki dolnéj. Niekiedy nawet wypocina pokrywa i łuki podniebienia miękkiego, tak łudząco, że w pierwszych dniach choroby nie podobna powiedzieć, czy się ma przed sobą chorego z dyfteryją, czy też z *Angina coneuneuse* — i zaczyna się nawet wątpić w istnienie téj ostatniéj. Henoch jest jednak zdania, że mimo pozornego podobieństwa zachodzą wielkie różnice między temi dwiema chorobami. Przedewszystkiém kładzie H e n o c h nacisk na to, że wiele przypadków zapalenia gardła krupowego przebiega w ten sposób, że pod białą wypociną tworzy się ropień, po otwarciu którego wyleczenie szybkim bardzo postępuje krokiem. Rana, którą wypuszczono ropę, nigdy przytém nie pokrywa się złowieszczą wypociną szarą i nie przyjmuje dyfterycznego wejrzenia. Przebieg taki napotyka się szczególniéj u osób dorosłych. Zdaniem więc autora, przebieg taki sprzeciwia się dyfteryi, która przecież jest chorobą specyficzną. Wszak mamy niektóre stany patologiczne, które zupełnie podobnie, nawet identycznie, wyglądają, a jednak co do swéj istoty w gruncie rzeczy są zupełnie różnemi. I tak naprzykład „Krup", tj. powstawanie błon wrzekomych na błonie śluzowéj tchawicy, które wywołuje zwężenie tego przewodu, może powstać skutkiem różnych przyczyn, jak skutkiem działania na błonę szluzową gorących napojów, skutkiem napędzlowania środkami żrącemi, skutkiem wpływu zimnego powietrza, szczególniéj przy ostrym wietrze wschodnio-północnym, — wreszcie także skutkiem działania przyrzutów dyfterytycznych. Wszystkie te przyczyny wywołują krup, a przecież mamy tylko jeden krup istotnie zakaźnéj natury, jakim jest krup dyfterytyczny. Podobnież obraz anatomiczny krosty jest zawsze jeden, a jednak przyczyny mogą być najróżniejsze, wywołujące tę zmianę (*virus variolae, vaccinae, ung. tartar. stibiat.* itd.

Autor przechodzi następnie do pytania, czy można przecież odróżnić zbiór objawów, odpowiadających właściwemu zapaleniu gardła dyfterytycznemu, od objawów zapalenia gardła krupowego przyrody niezaraźliwéj. Różnice są, lecz nie są one rozstrzygającemi we wszystkich przypadkach. Co do gorączki naprzód, to ta występuje zazwyczaj w zapaleniu gardła krupowém nagle, podobnie jak to ma miejsce w zapaleniu gardła mieszkowém — w zapaleniu zaś gardła dyfterytycznćm najczęściéj zwolna. Zapalenie gardła krupowe występuje często jednostronnie i dopiero po upływie 24 do 36 godzin przechodzi na drugi migdałek, — w zapaleniu gardła dyfterytycznćm zdarza się to o wiele rzadziéj. Głównym jednak momentem odróżniającym jest według autora, że w zapaleniu gardła dyfterytycznćm prawie zawsze sprawa zapalna rozszerza się w wysokim stopniu i na błonę szluzową nosa, w zapaleniu zaś krupowém nos często jest zupełnie wolnym. Mniejszéj doniosłości argumentem jest, że w dyfteryi bardzo często występuje białko w moczu, co się zazwyczaj w zapaleniu gardła krupowém nie zdarza. Mimo tych jednak różnic, sądzi autor, że najlepiéj jest ostrożnie postępować, i każdy podejrzany przypadek kazać odosobnić bo często rozróżnienie jest możliwe dopiero po upływie paru lub kilku dni. Najmniéj autor radzi ufać tym, którzy uważają drobnowid za rozstrzygający, nie mamy bowiem dotąd żadnego pojęcia, jak na pewne wygląda grzybek dyfterytyczny, a przecież w każdéj wydzielinie i wypocinie zdjętéj z błony śluzowéj gardła znajdziemy różne postacie drobnowidowych grzybków.

Również nie ma dotąd zgodności w zapatrywaniach co do stosunku, jaki zachodzi między dyfteryją a szkarlatyną. Autor już dawniéj przed laty wystąpił ze zdaniem, że chodzi tu o dwie odrębne choroby. Zdania tego, które, jak mu się zdaje, coraz więcéj zyskuje zwolenników, nie cofa i teraz. Dla tego sądzi, że dyfteryję pierwotną należałoby innćm ochrzcić mianem. Już przed kilku laty Senator proponował nazwę: „*Synanche contagiosa*". Nazwa ta jednak nie przyjęła się, i ciągle słyszy się słowa „*Diphtheria scarlatinosa*" itp. Zamięszanie to przeszło i do publiki, od któréj się dzień w dzień słyszy „dziecko chore na szkarlatynę i dyfteryję".

Autor przypuszczając, że różnice główne, jakie istnieją między dyfteryją pierwotną a następową, są znane, zwraca ylko uwagę na to, że chory, który przebył co dopiero płonicę powikłaną z zapaleniem nekrotycznćm gardła (*Rachennecrose*, autor woli używać tutaj tego wyrazenia niż *Diphtheritis*), może uledz zaraz właściwemu zapaleniu gardła dyfterytycznemu. Przypadki takie wydarzają się tylko wyjątkowo w praktyce prywatnéj, ale za to dość często w klinikach i szpitalach, gdzie chorzy są narażeni na wpływ przyrzutów obu tych chorób. Autor widział jeszcze częściéj niż dyfteryję po szkarlatynie z *Angina necrotica* występowanie płonicy z tą formą zapalenia u chorych, którzy skutkiem krupu dyfterytycznego byli operowani, a u których już w gardle nie było śladu wypociny. Autor przypisuje to wiadoméj skłonności operowanych ulegania zakażeniu płoniczemu. W końcu swéj rozprawy przytacza autor z licznych przypadków przez siebie spostrzeganych dwa szczególniéj wybitne. W jednym przypadku tuż po dyfteryi (w 12 dniu) przyszło do raptownego podniesienia się gorączki do 40°C. i wystąpienia szkarlatyny, — w drugim zaś, po zejściu zupełném wypociny dyfterytycznéj z migdałków i po zupełném ustąpieniu gorączki na kilka godzin wystąpiły dreszcze, na nowo gorączka, poczém wysypka szkarlatynowa wraz z zapaleniem gardła, połączonćm z wytworzeniem się wypociny żółtawo-szaréj. Przebieg był korzystnym w obu przypadkach. (*Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 40, 1882).

Dr. Kopff.

Prof. L. B r i e g e r i prof. P. E h r l i c h: **Złośliwy obrzęk, występujący w przebiegu duru brzusznego.**

Autorowie, asystenci w klinice Frerichsa w Berlinie, opisują dwa przypadki choroby ciekawéj, natury grzybkowéj, które równocześnie prawie i tuż obok siebie przebiegały. Podobne przypadki spostrzegano już dawniéj w klinice Frerichsa (*Charité-Annalen Jahrg. VII*). Ehrlich na podstawie dłuższych porównawczych badań nad chorobami grzybkowemi przyszedł do przekonania, że jedno i to samo zakażenie zostaje w związku z pojawieniem się dwóch, nawet trzech różnych co do postaci prątków. E. tłumaczy tego rodzaju przypadki w ten sposób, że prawdopodobnie zakażenie pierwotne, przebiegające łagodnie, ograniczone miejscowo, wikła się drugiém zakażeniem, obejmującém cały ustrój.

E. nazywa taki rodzaj zakażenia zakażeniem mięszaném *(Mischinfection)*. W dwóch poniżéj opisanych przypadkach chodzi więc o tego rodzaju zakażenie mięszane, gdyż na tle pierwotnego tyfusowego zakażenia rozwinęło się drugie zakażenie z zewnątrz przyniesione, które dało powód do zejścia śmiertelnego. W dodatku przyczyną tego drugiego, w tych dwóch przypadkach śmiertelnego zakażenia, były prątki, które, zdaniem autorów, w zwykłych stosunkach bynajmniéj nie są szkodliwe dla ustroju ludzkiego. Podobny przebieg chorobowy spostrzegano dotąd tylko u zwierząt.

I. przypadek. Dziewczyna silna, 26-letnia, dnia 13go marca 1882 r. przyjęta do kliniki. Choroba ma trwać już od 10 dni. Badanie wykazało we wszystkich objawach charakterystycznie przebiegający dur brzuszny. Mimo to w dalszym przebiegu ciepłota pozostawała w szczególnym niestosunku do całości objawów chorobowych. Ciepłota ranna wahała się między 38·0—38·6°C., wieczorna między 38·8—39·3°C. Autorowie zauważyli już nieraz taki niestosunek i zgadzają się w tym względzie z Fraentzlem, że ciężkości duru nie należy oceniać wedle wysokości ciepłoty, lecz według objawów ze strony układu nerwowego. I te właśnie ostatnie objawy występowały u naszéj choréj szczególniéj wybitnie. Otrętwienie nie opuszczało choréj ani na chwilę. Tylko kąpiele chwilowo przywracały pacyjentce przytomność. Do tego otrętwienia przyłączyły się w dalszym przebiegu choroby często powtarzający się upadek sił, który musiano, prócz zwykłemi środkami pokonywać także dość często wstrzykiwaniem podskórném eteru. Pacyjentka jednak oddziaływała tak silnie na te bolesne wstrzykiwania, mimo całego swego otrętwienia, że w dn. 16 marca wstrzyknięto pełną wstrzykawkę nalewki piżmowéj w środek uda. 18 marca rano wystąpił u pacyjentki już zupełnie inny obraz chorobowy. Upadek sił był jeszcze dość znacznym, przytomność jednak powróciła, chora robiła wrażenie osoby drzemiącéj, na zapytania odpowiadała zupełnie rozsądnie. Uskarżała się głównie na palenie w prawém udzie. Istotnie bowiem wystąpiły w tém miejscu ważne zmiany. Około miejsca ostatniego wstrzyknięcia podskórnego ($^{16}/_{3}$), które zaledwie jeszcze spostrzedz było można, utworzyła się plama ciemno-czerwona, wielkości jednomarkówki, otoczona obrączką nierówną, na dwa palce szeroką, ciemno-niebieską. Od téj plamy ciągnęła się smuga grubości pióra kruczego, niebieskawo zabarwiona, ku więzadłu Pouparta. Tak część ubarwiona jak i jéj okolica, w rozległości mniéj więcéj 8cm., jest spójności więcéj ciastowatéj, obrzmiałéj, część ta obrzmiała jest przy ucisku tylko miernie bolesną, przyczém ma się uczucie lekkiego trzeszczenia. Wieczór tegoż dnia już całe prawe udo było obrzmiałe, skóra na niém napięta. Dalszego szerzenia się plamy zabarwionéj nie dostrzeżono. Z tym stanem groźnym stało w sprzeczności uczucie podmiotowe choréj, która na nic się nie uskarżała. Owszem była ona tak dobréj otuchy, że zamierzała za dni parę wstać. Tętno było bardzo nikłe, 116, ciepłota 39·0°C. oddechów 36 na minutę. 19/3 ciepłota 38·2°C., tętno 120, oddechów 36, chora oddycha z trudnością, policzki sinawo ubarwione. Śledziona w jednakowym stopniu obrzmiała. Plama na udzie doszła wielkości sztuki pięciomarkówki, również smuga, idąca ku więzadłu Pouparta, doszła szerokości 2 palców. Udo jeszcze silniéj niż wczoraj obrzmiałe, o wiele więcéj bolesne. Termometrem nie można stwierdzić różnicy między ciepłotą uda chorego a zdrowego. Ku wieczorowi zaledwie jeszcze było można wyczuć uderzenie serca, a o 8méj wieczór chora nagle zakończyła życie.

W czasie całego przebiegu téj choroby nie dostrzeżono w krzywiźnie ciepłoty żadnéj szczególniejszéj zmiany. Również stłumienie śledziony ciągle się jednakowo zachowywało. W moczu badanym aż do ostatniego dnia choroby nie wykryto ani razu białka.

Sekcyja potwierdziła rozpoznanie duru brzusznego: *Ulcera et hyperplasia agminum medullar. Peyeri, hyperplasia lienis et glandularum mesaraicarum. Emphysema retroperitoneale et femorale.* Po nacięciu skóry uda wykazało się, że tkanka podskórna i tłuszczowa była silnie obrzmiała, skutkiem nagromadzenia się cieczy, w któréj było mnóstwo baniek gazu niemiłéj woni. Szczególniéj dużo gazu tego znajdowało się w tkance pozaotrzewnowéj tak, że gaz ten zapalony zapłonął płomieniem jasno niebieskim, wybuchając nieco przytém (prawdopodobnie był to wód). (Dok. nast.)

Mauriac: **Rozpoznawanie wysypek kiłowych.**

Rozpoznawanie wysypek kiłowych nie zawsze jest rzeczą łatwą a wszelki przyczynek do literatury tego przedmiotu jest bardzo pożądany. Dr. Mauriac, lekarz szpitala w Paryżu zwanego Hopital du Midi a przeznaczonego dla mężczyzn wenerycznych, miał niedawno o tym przedmiocie ciekawy wykład téj treści:

Opisując topografiję wysypek kiłowych Dr. M. nadmienił, że rozdział ich na różne części ciała przedstawia pewne właściwości, jakich nie znajdujemy w innych chorobach skóry. Wysypki rumienia kiłowego znachodzą się przeważnie na tułowiu i bokach po wewnętrznéj stronie członków, więcéj po stronie zginaczy niż po stronie wyprężaczy. Formy guzkowe sadowią się z upodobaniem na twarzy, skrzydłach nosa, czole, na granicy włosów w dolnéj części karku, tułowiu i członkach we wszelkich kierunkach. Postacie łuszczące się z wszelkiemi ich odmianami pojawiają się przeważnie na dłoniach i podeszwach. Wysypki krostkowe powierzchowne i liszajowate pojawiają się na czaszce, brodzie, w ogóle na częściach pokrytych włosami. Niesztowice i brudziec pojawiają się przeważnie na członkach zwlaszcza dolnych. Co się zaś tyczy guzkowych wysypek to bywają one rozprószone po całém ciele. Z tego okazuje się, że wysypki kiłowe występują na skórze całego ciała. Są jednak okolice ciała, które zdają się być wyjęte z pod téj reguły, takiemi są np. okolice obojczyka i mostka, w których wysypki zwykłe i pasorzytne tak są częstemi. Toż samo można powiedzieć o grzbiecie ręki a odnosi się to i do wysypek niekiłowych. Wysypek guzkowych łuszczących się nigdy nie widziano po stronie wyprężaczy na członkach przynajmniéj typowo, jak to ma miejsce w jednéj z najpospolitszych i najwięcéj typowych wysypek niekiłowych, w łuszczycy. Otwory naturalne, spoidła warg, gardło, otwory nosowe, wejście do pochwy i odbytu są ulubionemi siedzibami późniejszych wysypek kiłowych a między innemi na szczegółową wzmiankę zasługują tu plamy na błonie śluzowéj. Zwykłe rumienie kolistego kształtu znachodzą się po całém ciele, gdy wysypki kiłowe rumieniowo-guzkowe tegoż kształtu nagabują szczególnie podbródek, policzki, czoło, sąsiedztwo przednich i wewnętrznych okolic członków i pośladki. Wysypki kiłowe, pojawiające się w późnym okresie i głębiéj dotykające tkanek, zazwyczaj obierają sobie siedzibę na nosie, wargach, w czaszce, w okolicy obojczyka i mostka, pośladków, a częściéj sadowią się na nogach w okolicy stawów niż zdala od nich. *(The Lancet* 1882, II, Nr. 19) *Dr. Grabowski.*

Wiadomości pomniejsze.

Rozszerzenie serca leczy prof. Maragliano w Genui jak podaje *Cntrbl. f. d. medic. Wiss.*, za pomocą strychninu. Granice serca stwierdzane przez opukiwanie ściśle oznaczano za pomocą azotanu srebrowego. Podając wewnętrznie strychnin badał autor codziennie zmiany co do wymiarów serca. Już po dwóch dniach użycia strychninu zmniejszają się wymiary serca rozszerzonego a po upływie 5—6 dni znikają nawet większe rozszerzenia. Przerwa w podawaniu strychninu, skoro tylko stwierdzono zmniejszanie się rozmiarów serca, sprowadza napowrót dawniejsze rozszerzenie. Dalsze badania wykażą, o ile tymczasowe doniesienie autora da się zastosować i w rozszerzeniach serca z innych przyczyn wynikłych. Dawka dzienna wynosiła 2—3mm. siarkanu strychninowego. Dr. *Pisek.*

Straub z Tübingi podaje (w *Ctbl. f. kl. Med.* Nr. 22) odmianę sposobu **Southeya dla drenowania tkanek** puchliną zajętych. Straub wychodzi z téj zasady, że lejek, połączony swym końcem wąskim z rurką kauczukową zwisającą, nasadzony swym szerokim otworem na podatną skórę, trzyma się tejże działając na kształt „bańki". Gdy skórę surowiczo obrzękłą natniemy lub nakłujemy, a na miejsce to nałożymy lejek mały, który na swym końcu wąskim opatrzony jest w rurkę kauczukową, przytrzymując następnie lejek dopóki wydobywający się z tkanki płyn nie wypełni rurki kauczukowéj, to późniéj lejek bez pomocy sam przylgnie do tkanki na długi czas i wywierając ustawiczny mierny ucisk wysysa płyn spływający przez wzmiankowaną rurkę kauczukową do podstawionego naczynia. Lepiéj jeszcze wypełnić tak lejek jak i rurkę przedtém wodą, lub co stosowniejszą jest rzeczą, słabym ($^1/_2$—1%) roztworem kw. karbolowego, w tym przypadku lejek zaraz po przystawieniu trzyma się tkanki. Gdy przy nacięciu krew się zjawia, należy się wstrzymać z nasadzeniem lejka, gdyż skrzepy drobne mogłyby zatkać ujście tegoż. Rurkę kauczukową można gdzieniegdzie zastąpić rurkami szklanemi i w tych miejscach ustalić przez przywiązanie, co wielkiém jest dobrodziejstwem dla chorych, gdyż mogą dość swobodnie ruszać się. Lejki używane w klinice w Tübindze były 4—5 cm. szerokie (u góry), rurka zaś kauczukowa była do 4 mm. szeroką. Przykłady przez autora podane bardzo zalecają użycie powyższego sposobu. *Dr. Pisek.*

Ω Fiorani **Leczenie naczyniaków bez operacyi**. Autor używał w 6 przypadkach rozstrzeni naczyń pędzlowania sublimatem z kleiną w stosunku 3:20. Zwykle należy na guzku utworzyć 4 warstwy tego leku za pomocą zwykłego pędzelka. Po 4 dniach odejmuje się tę skorupkę i znów się powtarza pędzlowanie. Po kilku rzędach takich pędzlowań odpada razem z warstwą zniszczony nowotwór. W miejscu jego pozostaje początkowo zaczerwienione zagłębienie, które jednak późniéj staje się zupełnie prawidłowém. Leczenie jest zupełnie niebolesne i da się najlepiéj stosować w obec naczyń najwyżéj 1 do 2mm. wzniesionych ponad skórę. (*Allg. med. Centralztg.*, 1883, 3 stycznia).

Ω Wiadomo, że **tynktura jodowa** skutkiem dłuższego stania rozkłada się, przyczém część jodu przemienia się w kwas jodowodowy. J. Castelar (Giom. Farm. Chin.) radzi, aby dodawać do Tra jodi w małéj ilości jodku potasu. Jodek potasu bowiem zapobiega tworzeniu się kwasu jodowodowego na podstawie wzoru $KJO_3 + 6HJ = 6J + 3H_2O + KJ$. Na 100 grm. tynktury jodowéj dostatecznym jest dodatek 1—2 gram. jodku potasu.

Ω **Nowe środki przeciw kile.** 1. Cascara Amorga od lat 4 używana i polecana przez Dra Froehlinga w Baltimore jest korą z drzewa „Gemus Picramnia". Wyciąg z téj kory polecają przeciw kile drugorzędnéj. Zazwyczaj podają 30—50 kropli płynnego wyciągu 3 razy dziennie. Objawy kiły mają szybko ustępować, przyczém wybitnie występuje działanie toniczne tego leku. Reuling zaleca lek ten szczególniéj w zap. kił. tęczówki. 2. Folia Carobae z Brazylii poleca gorąco Edson. Używają płynnego wyciągu 3 razy dnia po 15 do 60 kropli, szczególniéj w zastarzałych formach kiły. Środek ten ma być zarazem Tonicum i Alterans, jak w ogóle wszystkie nowsze środki przeciwkiłowe 3. Berberis aquifolium poleca gorąco Dr. Baird w Moskwie. Dziwna tylko rzecz, że znakomity ten lek każe brać nawpół z jodkiem potasu. (*Vierteljahresschrift für Derm. u. Syphilis*).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

XVI Posiedzenie zwyczajne Tow. lek. krak. z dnia 8go listopada 1882 r.
Przewodniczący: kol. doc. Jordan. Członków obecnych 25.

Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

1) Kol. Przewodniczący zawiadamia o wysłaniu telegramu do Poznania z powodu otwarcia nowego gmachu Tow. Przyj. Nauk.

2) Odczytano list od Tow. lek. galic. z zawiadomieniem o zaprowadzić się mającéj zmianie statutu. Sprawę tę oddano Komitetowi do rozpatrzenia i przedstawienia na przyszłém posiedzeniu.

3) Przyjęto wniosek kol. doc. Grabowskiego poniesienia wydatku w kwocie 60 złr. na wydrukowanie sprawozdania z Zjazdu lekarsko-przyrodniczego w Pradze.

4) Członkiem zwyczajnym Tow. wybrano Dra Jakóba Jungera.

5) Kol. doc. Goebel przedstawił aparat do oświetlenia jamy ust konstrukcyi Telschowa, objaśniając użycie tegoż.

6) W dyskusyi nad wykładem kol. prof. Browicza o wartości dyjagnostycznéj prątków gruźliczych zabrał glos kol. prof. Korczyński. Podając wynik badań plwocin pod względem obecności prątków gruźliczych dotąd w klinice dokonanych, twierdzi, że obecność takowych w plwocinach nietylko utwierdza w rozpoznaniu gruźlicy w przypadkach, gdzie inne objawy chorobę tę wykazują, ale nadto, że obecność lub brak prątków stanowi w przypadkach wątpliwych bardzo ważny moment rozpoznawczy. I tak np. w przypadku niedawno obserwowanym, który dotyczył wyrobnika l. 35 liczącego, doskonale zbudowanego i dość dobrze odżywionego, bez usposobienia dziedzicznego do chorób piersiowych, u którego kaszel z przerwami trwał od lat 15, i u którego istniała wybitna rozedma płuc i objawy ogólnego zastoju żylnego (sinica, zaostrzenie 2 tonu nad t. płucną, znaczne przekrwienie wątroby, mierna opuchlina ogólna i zastój w nerkach), obok braku gorączki a obecności plwocin prawie czysto śluzowych tylko obecność licznych prątków gruźliczych w plwocinach pozwoliła stanowczo powiedzieć, że naciek w szczycie płuca prawego połączony z zapadnięciem się górnéj części kl. piersiowéj jest naciekiem gruźliczym, a nie zwykłém zwyrodnieniem włóknistém *(cirrhosis)* płuca. Ilość i rozmiary prątków zdają się być również ważnemi pod względem ocenienia ciężkości przypadku i szybkości przebiegu. I tak np. w przypadku jednym, gdzie obok braku znaczniejszéj gorączki i dobrze utrzymanego trawienia i przyswajania ciężar ciała szybko zaczął się powiększać, a stan ogólny polepszać, znajdowano prątki cienkie, nieliczne, słabo się zabarwiające i bez zarodników. Brak prątków sam przez się nie wyklucza jeszcze obecności gruźlicy. I tak np. u chorego z otokiem ropnym w lewéj opłucny z odmą powietrzną (*Pyo-pneumothorax sin.*), gdzie w szczycie prawym istniały niewątpliwe objawy zgęszczenia, które sądząc z poprzedniego przebiegu nie mogło być innéj przyrody, jak tylko gruźliczéj, ani w plwocinach ani w ropie z opłucny prątków nie wykryto. Dokładniejsze badania określą zapewne, w jakich okresach gruźlicy prątki nie znajdują się w plwocinach. Kol. doc. Obaliński zapytuje, czy prątki wyróżniają się od innych, na co kol. prof. Browicz odpowiada, że prątki gruźlicze nie tyle postaciowo i wielkością ile

zachowaniem się mikrochem, różnią się od innych prątków. — Kol. prof. Korczyński zapytuje, czy kto z kolegów nie ma doświadczenia co do badania stolców pod względem prątków gruźliczych w przypadkach podejrzanych o wrzody gruźlicze w jelitach. Kol. prof. Browicz odpowiada, że nie są mu znane badania w tym kierunku, że będą one niewątpliwie trudne, a w obec innych znaków rozpoznawczych mniéj ważne. Kol. prof. Korczyński twierdzi przeciwnie, że obecność prątków w stolcach, gdyby się dała stwierdzić, byłaby najpewniejszym znakiem rozpoznawczym wrzodów, gdyż wszystkie dotychczasowe objawy owrzodzeń gruźliczych w jelitach wcale nie są pewne i prawie nigdy nie uprawniają do stanowczego rozpoznania. Kol. prof. Rosner nadmienia, że Fraentzel i Balmer znajdowali w zwłokach prątki gruźlicze na wydzielinie pokrywającéj wrzody gruźlicze w jelitach. Kol. Warschauer sądzi, że z prątkami gruźliczemi rzecz ma się tak, jak z wieloma innemi odkryciami patologicznemi: mają one większe znaczenie rozpoznawcze aniżeli wpłynąć mogą na leczenie. Kol. prof. Korczyński w odpowiedzi kol. Warschauerowi nadmienia, że już przed odkryciem Kocha nauka zwracała się coraz bardziéj ku pojęciom swoistości gruźlicy i ku jednolitości podstaw etyjologicznych gruźlicy ze suchotami i że w obec domniemanéj przyrody pasorzytniczéj tych spraw chorobowych zaczęto stosować leczenie przeciwgnilne i przeciwpasorzytnicze. Tu należy leczenie kreozotem, jodoformem, wziewaniami siarkowodu, leczenie miejscowe jam suchotniczych w płucach itp. Co do leczenia siarkowodem od dawna używanego przez balneologów francuskich, a wznowionego w ostatnich czasach przez Cantaniego, kol. prof. Korczyński wie od kol. Jany, praktykującego w Lubieniu, że w kilku przypadkach suchot płucnych nie spostrzegał tenże żadnéj poprawy. Kol. Warschauer nadmienia, że kol. Żurkowski w Schinznach od dawna używa wziewań siarkowodu w suchotach płucnych. Kol. Wolfram nadmienia, że modyfikacyja podana przez Balmera i Fraentzla (pozostawianie preparatów w rozczynie barwikowym przez 24 godzin) daje daleko pewniejsze wyniki, aniżeli sposób Ehrlicha w przypadkach, gdzie prątki są skąpe i niedostatecznie rozwinięte.

7) Kol. Schramm okazał preparat po resekcyi kawałka kiszki grubéj rakowato przeobrażonéj (przypadek ten szczegółowo opisanym będzie w Przeglądzie Lek.). W dyskusyi nad tym przedmiotem zabierali głos kol. doc. Obaliński i prof. Korczyński, który ostatni zwrócił uwagę na trudność rozpoznawczą obrzęków w jamie brzusznéj położonych. I tak w obecnym przypadku rozpoznał on badając chorego przed operacyją wprawdzie na pewne, że nowotwór wychodzi z okrężnicy wstępującéj, jednakże dla braku wszelkich wybitniejszych objawów zwężenia nie sądził wcale, aby nowotwór mógł obrastać obrączkowato cały obwód jelita i zwężać takowy do tak znacznego stopnia.

8) Na wniosek proff. Blumenstoka i Mikulicza uchwalono jednogłośnie wysłać powinszowanie Drowi Janowi Horbaczewskiemu z powodu jego świetnego odkrycia dotyczącego sztucznego otrzymania kwasu moczowego a zarazem dyplom na członka koresp. Towarzystwa.

Na tém posiedzenie zakończono. *Dr. Jan Rosner.*

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Komisyja sanitarna krakowska odbyła w dniu 30 stycznia b. r. pod przewodnictwem r. m. Dra Warschauera posiedzenie, na którém w myśl uchwał Rady miejskiéj przekazano do zdania sprawy wnioski tyczące się instrukcyi dla służby zdrowia r. m. Drowi Domańskiemu, wniosek co do mianowania lekarzy obwodowych na pewien czas r. m. Drowi Pareńskiemu a wniosek tyczący się uregulowania ratunku w przypadkach nagłych, dla zdrowia i życia niebezpiecznych, Drowi Obalińskiemu; poczém fizyk miasta Dr. Buszek przedstawił wykazy chorobliwości i śmiertelności w Krakowie w grudniu 1882, z których widać, iż pomyślny stan zdrowia publicznego utrzymywał się i w tym miesiącu, że ostre choroby zakaźne pojawiały się rzadko, nieepidemicznie i że przebieg miały łagodny. Następnie po załatwieniu drobnych spraw bieżących oddano projekt regulaminu pozwalania na zamieszkanie nowych budowli przez fizyka miasta ułożony do zbadania podkomisyi złożonéj z Dra Paszkowskiego, Fizyka miasta i Dyrektora budownictwa miejskiego Niedziałkowskiego. Fizyk miasta przedłożył opiniję biura sanitarnego miejskiego, według któréj należałoby zabronić zupełnie handlu rybami zamrożonemi ze względu, iż między niemi trafia się wiele zepsutych a kontrola ścisła jest niemożebna. Po obszernéj dyskusyi nad tym przedmiotem odesłano go do ponownego zbadania podkomisyi złożonéj z Dra Zarewicza, Fizyka miasta Dra Buszka i wet. m. Walentowicza z pozwoleniem przybrania do swego grona osób odpowiednich w razie potrzeby. Zdanie sprawy Dra Buszka o wniosku dotyczącym założenia mleczarni wzorowéj w Krakowie oddano do zbadania podkomisyi z r. m. Dra Jordana, Dra Buszka i wet. m. Walentowicza. R. m. Dr. Domański przedstawił obecny stan sprawy wodociągowéj: przed tygodniem doręczyło budownictwo miejskie Inżynierowi p. Klugerowi połowę trasy wodociągu regulickiego: od źródła głównego do Morawicy w długości 21 kilometrów. Drugą połowę trasy ma doręczyć za dni 10 tak, iż wszelka jest nadzieja, że w pierwszych dniach kwietnia r. b. będzie mógł p. Kluger przedstawić Komisyi wodociągowéj wszystkie plany i kosztorysy. Już dzisiaj oglądać można w biurze p. K. wykończone zupełnie plany i kosztorysy rozdzielenia wody w mieście, wielkiego zbiornika pod kopcem Kościuszki i komory wodnéj w Regulicach. Według dat i obliczeń p. Klugera woda regulicka biegnąc własnym spadkiem wzniesie się w rynku na 20 metrów ponad poziom bruku a w najwyższym punkcie miasta na Kleparzu na 14 metrów. W rozdzieleniu wody po mieście przyjęto system cyrkulacyjny dla śródmieścia a rozgałęzienie dla przedmieść. Pod gościńcem okalającym plantacyje znajdować się będzie główna rura o 40 cm. średnicy, z któréj odchodzić będą rury drugorzędne i trzeciorzędne wzdłuż ulic i przecznic śródmieścia a na kształt promieni gałęzie na przedmieścia. Zbiornik wodny pod kopcem Kościuszki mieścić będzie zapas wody na 17 godzin. Lubo przed zupełném wykończeniem planów i kosztorysów nie można nic pewnego powiedzieć, to jednak zdaniem p. Klugera koszt ogólny wodociągu regulickiego nie przeniesie półtora milijona reńskich. Nakoniec r. m. Dr. Domański przedstawił w dłuższém przemówieniu treść swego elaboratu w sprawie pneumatycznego czyszczenia dołów kloacznych zalecając system Talarda z użyciem maszyny parowéj i prosząc o poparcie téj ważnéj pod względem higijenicznym sprawy na posiedzeniu połączonych sekcyj ekonomicznéj i skarbowéj i Komisyi sanitarnéj. Zgromadzeni zgodzili się zupełnie z wywodami sprawozdawcy.

Ω Według obliczenia ludność w Prusach w r. 1880 wynosiła 28,298.385 dusz. Co do stosunku płci to było 449.546 a zatém blisko o pół milijona więcéj kobiet. We Francyi tymczasem według obliczenia z r. 1881, mającéj 37,406.290 ludności, było kobiet więcéj niż mężczyzn tylko o 92,254 głów. W Prusach zatém mających blisko o $\frac{1}{4}$ mniéj ludności, jest pół milijona kobiet, które bezwarunkowo, zdaniem niemieckich gazet, nie przyczyniają się do podniesienia dobrobytu lub postępu w naukach, a przynajmniéj w o wiele mniejszym stopniu niż mężczyźni. Pomyślniejszy o wiele pod tym względem stan stosunku ludności we Francyi tłumaczą pisma niemieckie tém, że we Francyi żyje wielu cudzoziemców, przeważnie płci męskiéj. Liczbę ich obliczają na 1,001,110. Dzieci cudzoziemców we Francyi urodzonych zaliczają do narodowości francuskiéj. Z ludności męskiéj, wynoszącéj 18,656.518, jest 10.110.601 mężczyzn nieżonatych, 7.520.185 żonatych, 1,025.731 wdowców. Z 18,748.772 kobiet, jest 9,280.862 niezamężnych, 7,503.353 zamężnych 1,964.557 wdów. (*Voss. Ztg.*)

Ω. Liczba uczniów medycyny w 9ciu uniwersytetach pruskich wynosi 2.542. Liczba zaś w ogóle wszystkich słuchaczów w uniwersytetach pruskich wynosi w bieżącém półroczu zimowém 12.557. W półroczu letniém wynosiła 11.948, w zimowém zaś r. 1881/2 11.894. Z tego wypada na Berlin 4.678, na Wrocław 1.495, na Halę 1.416, na Gietyngę 1,063, na Bonę 973, na Królewiec 856, na Marburg 756, na Gryfiję 662, na Kiel 354, wreszcie na Monastyr 304.

Ω. W Berlinie skazał Sąd, wyrokiem z 20 listopada r. z., na podstawie §. 10 ustawy z d. 10 maja 1879, za fałszowanie piwa pewnego piwowara na grzywny. Piwowar ten dodawał do piwa ciało, którego warzenie piwa nie wymaga, mianowicie drzewa słodkiego. Piwo przez to miało smak słodszy i dla niektó-

rych smaczniejszy, a nie było zdrowiu szkodliwe. Również nie można posądzać piwowara o dodawanie tego środka dla oszczędzenia kosztów warki, bo drzewo słodkie należy do produktów nie nazbyt tanich. Ustawa jednak niemiecka dokładnie przepisuje, jakich ingredyjencyj można do piwa dodawać, a wszelkich innych zakazuje.

Ω Prof. Forbes w Filadelfii wykonał uczniowi operacyję, ułatwiającą nader poruszanie 4go palca. Wiadomo, że ćwiczenie w ruchach 4go palca uczącym się gry na fortepijanie nader wiele sprawia trudności. Rob. Schumann, skutkiem forsownych ćwiczeń 4go palca, utracił w nim władzę. Operacyja wykonana przez prof. Forbes jest bardzo prostą i niebolesną. Polega ona na przecięciu sznurka ścięgnistego, łączącego ścięgno idące do 4go palca od *m. extensor digit. commun.* z wiązkami tegoż ścięgna, idącemi do trzeciego i piątego palca. Rana goi się szybko, i prawie żadnéj nie pozostawia blizny. Operowany mógł przed rękoczynem podnosić palec czwarty tylko do wysokości $^1/_4$ cala, po operacyi zaś do wysokości $1\,^1/_4$ cala; przyczém palec, skutkiem rękoczynu nic na sile nie stracił.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 14—20 stycznia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: 23,3. Z róży umarło 1, z kiły 1. Doniesiono w tymże czasie: o 3 przypadkach ospy, 1 ospicy, 1 duru brzusznego, 1 duru osutkowego. W tygodniu od 7 do 31 stycznia ospa w Londynie bardziéj się rozszerzyła. Świeżo zachorowało 37, umarło 7, leczyło się w szpitalach 109. W Wiedniu, i Budapeszcie umarło po 3, w Paryżu 6, w Granadzie 5, w Petersburgu 25, w Madrycie 16, w Baltimore 57. Dur brzuszny trochę złagodniał w Paryżu i Aleksandryi, bardziéj się rozszerzył w Liwerpolu i Bukareszcie. Z duru plamistego umarło we Wiedniu i Saragosie po 4, w Madrycie, Maladze i Granadzie po 2. Błonica złagodniała w Amsterdamie. Z czerwonki umarło w Bukareszcie 34, w Granadzie 13, w Aleksandryi 9.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 7—13 stycznia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 27,1; w Warszawie 30,7; w Poznaniu 35,5; w Wiedniu 27,5; w Budapeszcie 27,0; w Pradze 32,5; w Tryjeście 39,5; w Berlinie 22,4; w Wrocławiu 37,3; w Gdańsku 26,9; w Kolonii 23,4; w Mnichowie 29,7; w Dreźnie 2,22; w Lipsku 23,7; w Bazylei 15,1; w Amsterdamie 24,7; w Hadze 25,7; w Paryżu 26,0; w Londynie 20,7; w Kopenhadze 22,3; w Stokholmie 27,4; w Chrystyjanii 18,3; w Petersburgu 38,9; w Odesie 27,1; w Rzymie 21,2; w Wenecyi 48,0; w Bukareszcie 38,0; w Madrycie 47,6; w Lizbonie 26,6; w Aleksandryi 38,3; w Nowym Yorku 24,8; w Filadelfii 23,8; w Bombayu 25,9; w Madrasie 34,2. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 1 lutego. Zwracamy uwagę na dzisiejsze ogłoszenie Zarządu Biblijoteki uczniów Wydz. lekarskiego. Księgozbiór bardzo cenny, a dla uczącéj się młodzieży koniecznie potrzebny, na którego istnienie składały się długoletnie starania i datki zbierane od tych, którzy w pocie czoła pracują, narażony jest na zagładę, z winy tych, którzy, korzystawszy z niego za czasów studenckich, z opieszałości nie poczuwają się do obowiązku zwrócenia książek wypożyczonych. Przypuszczamy, że tylko opieszałość i pewien wstyd fałszywy, niedozwalający przyznać się do tamtéj, są przyczyną zatrzymywania u siebie książek, których się częstokroć nawet już nie potrzebuje; mocno jesteśmy przekonani, że o zły zamiar, o świadome przywłaszczanie sobie własności biednéj młodzieży akademickiéj nikt razem z nami nie zechce posądzić byłego ucznia Uniwersytetu Jagiell., i dla tego tuszymy sobie, że to przypomnienie koleżeńskie wystarczy w zupełności, aby skłonić dłużników do jak najrychlejszego spełnienia obowiązku, do zwrócenia Zarządowi książek *in natura* lub ich wartości. Co do nas, znając z jednéj strony trudne położenie naszéj młodzieży, a z drugiéj wielki dla niéj pożytek biblijoteki, nie tylko wezwanie Zarządu jak najusilniéj popieramy, ale prosimy kolegów zalegających ze zwrotem książek, aby zechcieli uwzględnić, że naraziliby na dotkliwą szkodę instytucyję, z któréj sami korzystali, a z któréj korzystać mają i ich następcy, że przyznanie się do zapomnienia a nawet do pewnéj opieszałości nikogo nie hańbi, a żywo pragniemy, aby Zarząd nie widział się zmuszony do użycia środków, które dla niego samego przykre i kosztowne, musiałyby w następstwie stać się tém przykrzejszemi i kosztowniejszemi dla zalegających.

* Dr. Julijusz Łukaszewski, Wielkopolanin, który osiadł jako lekarz w Rumunii, w Jassach — gdzie przez wiele lat prowadził wzorowo szpital „Paszkany“ a w ostatnich czasach po odbytéj podróży za granicą—objął organizacyję i kierownictwo zakładu psychijatrycznego, otrzymał prawo rumuńskiego obywatelstwa, król zaś nadał mu krzyż kawalerski orderu gwiazdy rumuńskiéj. Dr. Łukaszewski jest założycielem biblijoteki polskiéj w Jassach — a obecnie zbiera fundusz na założenie szkoły polskiéj. *(Nowa Ref.)*

Ω W jednym z ostatnich numerów dziennika amerykańskiego „*Chicago medical Journal and Examiner,*“ znajduje się ciekawy bardzo artykuł. Artykuł ten zapowiada pracę znanego mikroskopika H. D. Schmidta z Nowego Orleanu, dowodzącą ni mniéj ni więcéj, jak tylko, że „*bacillus tuberculosis*“ wcale nie jest jakąś uorganizowaną istotą, lecz tylko zwykłym kryształem odosobnionym kwasu tłuszczowego. Schmidt już przeszło rok zajmuje się badaniem drobnowidowém utworów gruźliczych. Zaraz po odkryciu Kocha z Berlina próbował otrzymać laseczniki gruźlicze, lecz mu się to nie udawało. To co widział, były tu i owdzie ciałka śliny, zabarwione niebiesko, i mające kształt laseczników. Następnie używał Schmidt sposobu, podanego przez Baumgartena: zanurzał preparata z gruźlicy w 30% rozczynie ługu potasowego. Wtedy we wszystkich tkaninach, gdzie się napotykało gruzełki, widać było laseczniki, niebiesko zabarwione, które odpowiadały bakteryjom, wykrytym i opisanym przez Kocha. Koło tych laseczek widział Schmidt wszędzie drobne kropelki tłuszczu. Z tego powodu przyszło mu na myśl, że mniemane laseczniki niczém innem nie są jak tylko kryształkami tłuszczowych kwasów, jak się to dość często podobne zdarza widzieć w preparatach z guzów trądu (Lepra), których komórki zaczęły już ulegać zwyrodnieniu tłuszczowemu, szczególniéj jeżeli na świeże preparata działał rozczyn ługu potasowego. Na podstawie tych spostrzeżeń twierdzi Schmidt, że laseczniki gruźlicze Kocha można każdego czasu w gruzełkach sztucznie otrzymać. Również utwory te, które Schmidt uważa za kryształki kwasów tłuszczowych, można otrzymać za pomocą metody podanéj przez Ehrlicha i Gibbego. Podobne wyniki swych badań, jak Dr. Schmidt, ma wkrótce ogłosić jeden ze znakomitych histologów z Nowego Yorku.

* **Wiedeń.** Prezes ministrów hr. Taffe przyjmował deputacyję Tow. lekarskiego, któréj przewodniczył prof. Arlt, a która prosiła o poparcie przez Rząd wniosku uchwalonego w Towarzystwie względem ustanowienia stałéj Komisyi dla chorób zaraźliwych. Minister przyrzekł, że postara się o ustanowienie takiéj Komisyi.

Sprawa nominacyi prosektora w szpitalu powszechnym we Wiedniu ostatecznie załatwioną została. Rząd orzekł, że w zasadzie posada prosektora odłączoną będzie od posady prof. anatomii patolog., ale w rzeczywistości zamianował prosektorem prof. Kundrata; zastępcą prosektora będzie jeden z asystentów prof. anatomii patolog. Tak prosektor jako i jego zastępca otrzymają osobne wynagrodzenie za czynności prosektorskie.

Minister wojny zamianował naczelnych lekarzy dla 29 dywizyj armii czynnéj; pomiędzy nowomianowanymi znajdujemy tylko jednego Polaka; jest nim Dr. Alojzy Szalay, lekarz sztabowy, dotychczas w Przemyślu, przeznaczony do 24téj dywizyi piechoty.

Na posiedzeniu austr. Towarzystwa higijenicznego, odbytém d. 24 stycznia pod przewodnictwem Billrotha, Dr. Schiff uczynił wniosek, aby Towarzystwo odniosło się do Rządu w sprawie zaprowadzenia centralnego Urzędu zdrowia we Wiedniu na wzór niemieckiego.

* **Węgry.** Radca sekcyjny w ministerstwie oświecenia Dr. med. Ludwik Markusovszky, redaktor „Orvosi hetilap“ otrzymał tytuł i charakter radzcy ministeryjalnego. Prof. Lumniczer mianowany został prezydentem Rady sanitarnéj krajowéj a prof. Korányi jego zastępcą. Lekarz zdrojowy w Trenczynie Dr. Ventura otrzymał krzyż kawalerski orderu Franciszka Józefa. (*W. med. Woch*).

○ **Londyn.** Na posiedzeniu londyńskiego Towarzystwa *Royal Humane Society* odbytém w dniu 24 stycznia rb. przyznano złoty medal Fothergilla wartości 50 gwinej (620 złr.) Drowi Henrykowi Robertowi Silvestrowi za jego badania i odkrycia odnoszące się do sposobu stósowania sztucznego oddechania w przypadkach śmierci pozornéj z utonięcia lub innych przyczyn.

Na pomnik Darwina zebrano dotąd 4000 funtów szterlingów (przeszło 40.000 złr.).

* **Wiadomości uniwersyteckie. Budapeszt.** Opróżnioną od lat dwóch katedrę medycyny sądowéj otrzymał prof. tegoż przedmiotu Ajtai z Klausenburga, pomimo, że Wydział lek. *primo loco* przedstawił był docenta Belkiego. Prof. Andrzéj Högyes w Klausenburgu zamianowany został prof. zwyczajnym patologii ogólnéj i doświadczalnéj w Budapeszcie, a miejsce jego ma zająć docent Dr. Arpad Bókai z Budapesztu; również ma objąć w Klausenburgu katedrę higijeny docent peszteński Dr. Aladar Rózsahegyi.

* **Nekrologia** Temi dniami umarł w Rostoku b. tameczny prof. fizyjologii Stannius, licząc lat 75. Znane są prace jego nad stężeniem pośmiertném i amonijemiją. — We Wiedniu umarł nagle d. 26 stycznia docent ginekologii Dr. Funk, licząc lat 43; zmarł on podobno z udaru podczas wizyty u chorego. — Z Berlina donosi *Berl. klin. Woch.* o śmierci Dra Edwarda Simona, znanego zaszczytnie kierownika apteki Simona; był on dzielnym chemikiem a sporządzony przez niego atropin używał w całym świecie największego zaufania; razem z Posnerem i Waldenburgiem wydawał on katagrafologiję, która kilku doczekała się wydań.—Również w Berlinie umarł tameczny prof, dentystyki Dr. Albrecht.

Piśmiennictwo lekarskie. Markiewicz: Pierwsze letnie kolonije u nas. Warszawa 1882, str. 72.

Mamy właśnie przed sobą małą, niepokaźną broszurkę, wydaną przez Dra St. Markiewicza w Warszawie, która mimo swéj skromności żywo nas obchodzi; bo się zajmuje kwestyją dotąd u nas nieporuszoną, a powtóre jest dowodem, że i u nas wytrwałość a usilna praca w poczciwym kierunku zawsze trudności pokona i cel zamierzony osiągnie.

Myśl wysełania dzieci słabowitych i skrofulicznych na świeże powietrze lub do miejsc kąpielowych dla nich właściwych, najpierw, o ile nam wiadomo, poruszona w Anglii ku schyłkowi ubiegłego stulecia, dopiero w ostatnich latach żywo zajęła umysły na kontynencie W filantropijném tém przedsięwzięciu przodują obecnie Włosi swemi „*Ospizi marini*,“ a drugie miejsce po nich zajmują Niemcy, którzy gorliwie zajęli się zakładaniem szpitali dziecięcych na wybrzeżach morza w miejscach kąpieli solankowych i cieplicach. W Austryi istnieją tylko dwa tego rodzaju szpitale: jeden w Hall, a drugi w Baden pod Wiedniem.

Dr. Markiewicz już przed trzema laty powziął szczęśliwą myśl poruszenia i na ziemi polskiéj sprawy kolonij letnich dla dzieci. Kilkoma artykułami w gazetach warszawskich ogłoszonemi zdołał obudzić zainteresowanie się szerszych kół tą sprawą, i pobił niepowołanych krytyków, którzy w dążnościach jego widzieli mrzonki idealisty. Z wiosną r. 1882 zawiązał się staraniem Dra M. komitet, w którego skład weszli: K. Chmielewski, G. Fritsche, B. Gepner, A. Głowacki, A. Goltz, W. Kosmowski, S. Lesznowski i A. Pawiński. Komitet ten poparty szczególniéj przez kilka dam warszawskich, znanych z dobroczynności, zebrał w krótkim czasie koło 1.550 rs. Z początkiem więc lata myśl Dra M. była urzeczywistnioną: 54 dzieci, które uznano za najwięcéj potrzebujące świeżego powietrza, wysłano na wieś. Gromadkę tę biednych chłopców i dziewcząt podzielono na małe oddziały. Na czele każdego oddziału postawiono godnego zaufania dozorcę lub dozorczynię. 11 dzieci wysłano do Jadowa, takąż liczbę do Osin, po 10 dzieci wysłano do Smerdzewia i Szczawina, 12 zaś umieszczono w Janowie. Każdéj kolonii dano instrukcyję, jak się ma zachować. Koszta pobytu 30-dniowego w kolonii wyniosły średnio na głowę 24 rs. 71 kop. — Wyniki, jakie można było stwierdzić po powrocie dzieci do Warszawy, przeszły oczekiwania. Dzieci nie tylko że odzyskały siły, ale i powróciły o wiele więcéj umysłowo i moralnie rozwinięte. Z prawdziwém uczuciem wdzięczności dla Dra M. czyta się ustępy ze sprawozdań, jakie dozorcy tych dzieci przesłali na ręce opiekuna kolonij. Sprawozdania te pisane ze szczerą prostotą, przekonywają najwymowniéj, jak korzystnemi i potrzebnemi są w naszém społeczeństwie letnie kolonije. Oby jak najrychléj u nas w Galicyi znaleźli się ludzie, którzyby zechcieli iść drogą wskazaną przez Dra Markiewicza i przyjść w pomoc najmłodszemu pokoleniu naszéj ubogiéj ludności, coraz więcéj na zdrowiu podupadającemu i karłowaciejącemu. Sprawozdanie Dra Markiewicza może posłużyć tym filantropom jako wskazówka nader szacowna, w jaki sposób należy się zabrać do dzieła tak niezbędnego i jak usuwać nastręczające się trudności. I z tego więc względu należy się Drowi Markiewiczowi wdzięczność i uznanie. Ω.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj*: Nr. 4: Jerzykowskiego: Uwagi nad wstrzykiwaniami do jamy macicy (c. d.): Heimana: O głuchocie udanéj i sposobach rozpoznawania takowéj; (dok.) — w *Medycynie* Nr. 4: Schaittera: Wątpliwy stan umysłowy mordercy.

Z Rady Zawiadowczéj Towarzystwa lekarzy galic.

L. 12. Walne Zgromadzenie Towarz. lek. galic. odbędzie się we Lwowie w sobotę dnia 24go lutego o godzinie 11éj przedpołudniem.

Porządek dzienny jakotéż wnioski Rady Zawiadowczéj będą Delegatom w należnym czasie rozesłane; upraszamy zatém szanowne biura sekcyjne o wczesne zawiadomienie nas o wyborze Delegatów.

Lwów, 30 stycznia 1883.

Dr. Merunowicz Sekretarz — *Dr. Biesiadecki.* Prezes.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie dnia 7go lutego b. r. o godzinie **szóstéj wieczór** w Sali Akademii Umiejętności zwyczajne posiedzenie z następującym porządkiem dziennym: 1. uroczyste wręczenie upominku byłemu prezesowi doc. Drowi Jordanowi; 2. załatwienie spraw z poprzednich posiedzeń pozostałych; 3. Dr. Gluziński opowie przypadek z kliniki prof. Korczyńskiego; 4. Drnd Schaitter poda przyczynek do badania plam nasiennych.

Redakcyja otrzymała.

Dr. W. JAWORSKI: Praktyczne uwagi nad wskazaniami chorobowemi zdrojowisk w Karlsbadzie i Kissyndze. (Osobne odbicie z „*Medycyny*“ 1882), in 8vo str. 7.

* Na fundusz wdów i sierót po lekarzach przy Tow. lek. galic. istniejący nadesłali: Dr. Plech z Jarosławia 10 zła. Dr. Dura z Krzeszowic 3 złr.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr L. Blumenstok.

Z powodu przybytku prenumeratorów nakład Nr. 1go Przeglądu Lekarskiego jest wyczerpanym; Administracyja udaje się przeto z prośbą do prenumeratorów w Krakowie i na prowincyi, niezachowujących Przeglądu, aby zechcieli zwrócić jéj egzemplarze Nr. 1 Przeglądu Lek. z r. b.; ewentualnie gotowa jest Nry te odkupić po cenie 40 cnt. za egzemplarz, którąto kwotę przeszle natychmiast przekazem.

Zarząd Biblijoteki Uczniów Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell. po licznych nieudanych próbach odebrania dzieł wypożyczonych przez byłych członków téjże Biblijoteki (około 400 tomów, wartości około 3.000 złr.) wzywa wszystkich PP. Lekarzy, którzy kiedykolwiek książki z Biblijoteki wypożyczyli a dotąd ich nie zwrócili, aby zechcieli takowe w przeciągu 2 miesięcy Biblijotece zwrócić, lub odpowiednie kwoty za nie nadesłać; w przeciwnym bowiem razie Zarząd będzie się widział z przykrością zmuszonym podać nazwiska wszystkich tych Panów, którzy nie umieją uszanować dobra publicznego, do wiadomości w dziennikach politycznych, a ostatecznie udać się na drogę sądową.

Z Zarządu Biblijoteki

K. Jurkiewicz. *J. Kozubski.*

OBWIESZCZENIE.

W Zakliczynie nad Dunajcem jest posada lekarza z roczném wynagrodzeniem w kwocie 250 złr. i wolném pomieszkaniem każdéj chwili do obsadzenia.

W odległości Zakliczyna do N. Sącza 36 kilom., do Tarnowa, 27 kilom., do Brzeska 30 kilom., i do Ciężkowic 19 kilom., nie ma Dra medycyny, a lekarz w Zakliczynie osiadły wykonywałby także praktykę w miasteczku Czechowie o 10 kilom. odległém.

Do posady lekarza w Zakliczynie są także pośmiertne oględziny 12 gmin, rewizyja bydła na rzeź i podczas jarmarków co 3 tygodnie się odbywających za osobném wynagrodzeniem przywiązane.

Zwierzchność gminna.

Zakliczyn dnia 25 Stycznia 1883. Burmistrz *Wincenty Stay.*

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.